

Информация о ребенке

1. Полное имя ребенка: Фамилия: _____ Имя: _____ Второе имя: _____
2. Дата рождения ребенка (месяц/день/год): ___/___/____ 3. Пол: Ж М
4. Адрес места проживания: _____ Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____
5. Почтовый адрес: _____ Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____
6. Округ: _____ 7. Школьный округ (если известен): _____
8. Телефон для звонков в дневное время: (____) _____ - _____ Телефон для звонков в вечернее время: (____) _____ - _____
9. Является ли ребенок испаноговорящим/латиноамериканцем по происхождению (ответить необязательно): Да Нет *Этот вопрос касается этнического, а не расового происхождения. Пожалуйста, ответьте на вопрос номер 10, отметив один квадратик или более, чтобы указать, к какой расе, по вашему мнению, относится ребенок.*
10. Раса (ответить Белый Американский индеец или уроженец Аляски Черный или афроамериканец *необязательно*): Азиатского происхождения Уроженец Гаваев/Тихоокеанских островов Другое: _____
11. Языки, на которых говорят дома: Основной: _____ Второй: _____
12. Ребенок состоит в Программе индивидуализированного обучения (ИЕР): Если отмечено, укажите школьный округ: _____
13. Семья получает на этого ребенка помощь от DSHS для оплаты ухода за ребенком: Да Нет
14. Ребенок является бездомным согласно Закону МакКинни-Венто (McKinney-Vento Act): Да Нет *Закон МакКинни-Венто О помощи бездомным определяет «бездомных детей и молодежь» как «лиц, у которых нет постоянного регулярного и адекватного места проживания в ночное время...»; что «включает детей, живущих дома у других людей, в связи с потерей жилья, материальными трудностями или по другой подобной причине; живущих в мотелях, гостиницах, на стоянках для жилых автоприцепов или в кемпингах; живущих в приютах для людей в критической ситуации или в промежуточных приютах; детей, брошенных в больницу; или ожидающих помещения в приемную семью...»*
15. Ребенок проживает с:
 Одним родителем/опекуном, ответственным за ребенка по закону (в случае совместного попечения, укажите родителя, получающего помощь на детей)
 Двумя родителями/опекунами, ответственными за ребенка по закону
Понятие родитель(и)/опекун(ы) включает: биологических или усыновивших ребенка родителей, законного отчима/мачеху, законных опекунов, приемных родителей, опекунов, ответственных за ребенка по закону, являющихся кровными родственниками.

Информация о законном родителе/опекуне

16. Полное имя (Фамилия, имя, инициал второго имени):	_____	_____
17. Пол:	<input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> М	<input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> М
18. Отношение к ребенку:	<input type="checkbox"/> Родитель (биологический/усыновивший) <input type="checkbox"/> Родитель (законный отчим/мачеха) <input type="checkbox"/> Бабушка/дедушка <input type="checkbox"/> Родитель, взявший ребенка на воспитание (если да, переходите к вопросу номер 26) <input type="checkbox"/> Другой опекун, являющийся родственником: _____ <input type="checkbox"/> Другой законный опекун	<input type="checkbox"/> Родитель (биологический/усыновивший) <input type="checkbox"/> Родитель (законный отчим/мачеха) <input type="checkbox"/> Бабушка/дедушка <input type="checkbox"/> Родитель, взявший ребенка на воспитание (если да, переходите к вопросу номер 26) <input type="checkbox"/> Другой опекун, являющийся родственником: _____ <input type="checkbox"/> Другой законный опекун
19. Возраст:	<input type="checkbox"/> До 18 <input type="checkbox"/> 36-45 <input type="checkbox"/> 18-24 <input type="checkbox"/> 46-55 <input type="checkbox"/> 25-35 <input type="checkbox"/> Старше 55	<input type="checkbox"/> До 18 <input type="checkbox"/> 36-45 <input type="checkbox"/> 18-24 <input type="checkbox"/> 46-55 <input type="checkbox"/> 25-35 <input type="checkbox"/> Старше 55
20. Уровень образования:	<input type="checkbox"/> 6-й класс или ниже <input type="checkbox"/> Несколько курсов колледжа <input type="checkbox"/> 7-й-9-й класс <input type="checkbox"/> Свидетельство об окончании 2-го <input type="checkbox"/> 10-й-12-й классы <input type="checkbox"/> годичного колледжа <input type="checkbox"/> Аттестат зрелости <input type="checkbox"/> Диплом об окончании <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> 4-летнего колледжа <input type="checkbox"/> Другое _____	<input type="checkbox"/> 6-й класс или ниже <input type="checkbox"/> Несколько курсов колледжа <input type="checkbox"/> 7-й-9-й класс <input type="checkbox"/> Свидетельство об окончании <input type="checkbox"/> 10-й-12-й классы <input type="checkbox"/> 2-го <input type="checkbox"/> Аттестат зрелости <input type="checkbox"/> годичного колледжа <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Диплом об окончании <input type="checkbox"/> Другое _____
21. Отметьте курс обучения, которое вы проходите в настоящее время (отметьте все, что подходит):	<input type="checkbox"/> ESL <input type="checkbox"/> Окончание программы <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> средней школы <input type="checkbox"/> Проф.-тех. программа <input type="checkbox"/> Even Start <input type="checkbox"/> Колледж <input type="checkbox"/> Другое _____ <input type="checkbox"/> Ничего	<input type="checkbox"/> ESL <input type="checkbox"/> Окончание программы <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> средней школы <input type="checkbox"/> Проф.-тех. программа <input type="checkbox"/> Even Start <input type="checkbox"/> Колледж <input type="checkbox"/> Другое _____ <input type="checkbox"/> Ничего
22. Статус трудоустройства:	<input type="checkbox"/> Полное время <input type="checkbox"/> Ищу работу <input type="checkbox"/> Неполное время <input type="checkbox"/> Не ищу работу	<input type="checkbox"/> Полное время <input type="checkbox"/> Ищу работу <input type="checkbox"/> Неполное время <input type="checkbox"/> Не ищу работу
23. Мигрант/сезонный рабочий на ферме:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
24. Родитель/опекун записан в медицинский/зубоврачебный страховой план (отметьте все, что подходит):	<input type="checkbox"/> Медикейд <input type="checkbox"/> Медикер <input type="checkbox"/> Washington Basic Health Plan <input type="checkbox"/> Washington Basic Health Plan Plus <input type="checkbox"/> Частная/Предоставляемая работодателем медицинская страховка <input type="checkbox"/> Частная/Предоставляемая работодателем зубоврачебная страховка <input type="checkbox"/> Нет медицинской страховки <input type="checkbox"/> Нет зубоврачебной страховки <input type="checkbox"/> Другое _____	<input type="checkbox"/> Медикейд <input type="checkbox"/> Медикер <input type="checkbox"/> Washington Basic Health Plan <input type="checkbox"/> Washington Basic Health Plan Plus <input type="checkbox"/> Частная/Предоставляемая работодателем медицинская страховка <input type="checkbox"/> Частная/Предоставляемая работодателем зубоврачебная страховка <input type="checkbox"/> Нет медицинской страховки <input type="checkbox"/> Нет зубоврачебной страховки <input type="checkbox"/> Другое _____
25. У родителя/опекуна есть медработник, предоставляющий основное обслуживание/клиника, где он(а) получает медобслуживание:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

ECEAP Форма для записи ребенка (продолжение)

Информация о семье

26. Общий доход семьи: Общий доход в предыдущие 12 месяцев: \$ _____ и текущий общий месячный доход: \$ _____
 Какой доход отражает текущие обстоятельства семьи? Валовой доход в предыдущие 12 месяцев Текущий общий месячный доход
Доход семьи включает доход всех лиц, проживающих в семье, являющихся (а) людьми, живущими на доход родителя(ей) или опекуна(ов) ребенка, записывающегося в ECEAP, и (b) кровными родственниками родителей или опекунов, родственниками по браку, по усыновлению или по обязательству по закону о предоставлении помощи на содержание. (WAC 365-170-030 (9.) В случаях бездомности в соответствии с определением в Законе МакКинни-Венто О помощи бездомным (см. вопрос номер 14), семьи автоматически имеют право на ECEAP, но все-таки должны предоставить сведения о доходе семьи (если он есть). Всегда предполагается, что у взятых на воспитание детей доход равен нулю, а семья состоит из одного человека.
27. Количество человек в семье, живущих на этот доход: _____
 a) Check if family is over income: Federal Poverty Level (FPL) _____ %
 b) If child is from over income family, check why child qualifies for ECEAP:
 Child is at risk due to environmental factors. Child is at risk due to developmental factors.
28. Источник дохода (отметьте все, что подходит):
 Зарплата/оклад Платежи на содержание на детей Пенсия и/или платежи социального обеспечения
 Дополнительное пособие социального обеспечения (SSI) Пособие по безработице Платежи на содержание супруги(а)
 Пособие TANF Другое: _____
29. Семья имеет доступ к следующим социальным услугам (отметьте все, что подходит):
 Продуктовые талоны WIC Помощь для оплаты электроэнергии/газа Услуги для бездомных
 Пункты выдачи питания Субсидии на оплату жилья Другие местные программы (пожалуйста, уточните): _____

Информация о медицинской/зубоврачебной страховке ребенка

30. Ребенок записан в следующую медицинскую страховку и/или медицинские страховые программы (отметьте все, что подходит):
 Медикейд Washington Basic Health Plan Частная медицинская страховка
 Children's Health Insurance Program (CHIP) Washington Basic Health Plan Plus Нет медицинской страховки Другое
31. Ребенок записан в следующую зубоврачебную страховку и/или зубоврачебные страховые программы (отметьте все, что подходит):
 Медикейд, Washington Basic Health Plan Plus или Children's Health Insurance Program (CHIP)
Эти медицинские страховые программы включают зубоврачебную страховку.
 Частная зубоврачебная страховка Нет зубоврачебной страховки Другое
32. У ребенка есть медработник, предоставляющий основное обслуживание/клиника, где он(а) получает медобслуживание: Да Нет
33. Дата последнего медосмотра (предшествующего первой дате обслуживания): _____ / _____ / _____
 If date of last medical exam was completed over one year ago or left blank, provide date medical exam completed while in ECEAP (must be completed within 90 days of the first service date): _____ / _____ / _____
34. Дата последнего зубоврачебного осмотра (до первой даты обслуживания): _____ / _____ / _____
 If date of last dental exam was completed over six months ago or left blank, provide date dental exam completed while in ECEAP (must be completed within 90 days of the first service date): _____ / _____ / _____
35. Ребенку сделаны все прививки соответствующих возрасту вакцин (согласно расписанию прививок Отдела здравоохранения (DOH)): Да Нет
RCW 28A.210.160 требует, чтобы в школе, детском саду или в детском учреждении, которое посещает ребенок, имелась справка о прививках (кроме случаев бездомности).
 a) If child is not fully immunized at time of enrollment, an immunization schedule is in progress: Yes No
 b) If child is not immunized, a DOH required Statement of Exemption to Immunization Law is signed and on file: Yes No
 c) Date child became fully immunized while in ECEAP: _____ / _____ / _____

Я удостоверяю, что вышесказанное верно и правильно. ECEAP финансируется фондами штата; следовательно, мы обязаны передать предоставленную нам информацию, целиком или частично, другим учреждениям штата. Кроме того, информация может быть предоставлена негосударственным исследовательским компаниям, работающим по договору с Отделом по вопросам населения, торговли и экономического развития. Эта информация будет храниться конфиденциально в той степени, в какой это требуется или разрешается законами штата и федеральными законами.

Подписи должны быть на всех трех строчках.

36. _____ Дата
 Подпись родителя или опекуна
37. _____ Дата
 Подпись лица, проводившего интервью
38. _____ Дата
 Подпись лица, проверявшего доход/установившего право на программу

Enrollment Information:

39. Enrollment date: _____ / _____ / _____ (Date when enrollment process is confirmed and slot is reserved.)
 40. Did child receive ECEAP services in the previous year: Yes No
 41. Has child received ECEAP services from another contractor this program year: Yes No If yes, what city? _____
 42. Child will be transported by ECEAP: One way Both ways Not transported by ECEAP
 43. Site code: _____ First service date: _____ / _____ / _____ Exit date: _____ / _____ / _____
- Transfers>Returns:** (To be used when child transfers from another ECEAP site, or exits the program and returns during the same program year.)
 44. Transfer/ Return Site code: _____ Service date: _____ / _____ / _____ Exit date: _____ / _____ / _____
 45. Transfer/ Return Site code: _____ Service date: _____ / _____ / _____ Exit date: _____ / _____ / _____

Comments to CSU:

- Form type: New enrollment Update medical-dental Update transfer or return Notify that child exited